

Année 1899

N°

148

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Étienne HARDY

DE LA

BRONCHO-PNEUMONIE APYRETIQUE

CHEZ LE VIEILLARD

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : MM. } LETULLE, agrégé.
 } ROGER et MARFAN, agrégés.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Étienne HARDY

DE LA

BRONCHO-PNEUMONIE APYRÉTIQUE

CHEZ LE VIEILLARD

Président : M. HUTINEL, professeur.
Juges : MM. } LETULLE, agrégé.
 } ROGER et MARFAN, agrégés.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N...
Clinique médicale	CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (Aug.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉROCHAUD

Professeur à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie
de Nantes, Médecin des hôpitaux.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés

Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Appelé à faire un stage de six mois comme interne dans un service de vieillards, à l'Hospice Général de Nantes, nous avons été étonné de voir que, chez plusieurs malades atteints de broncho-pneumonie, la température ne dépassait pas la normale. Nous en fîmes l'objection à notre maître, Monsieur le professeur Pérochaud, qui nous répondit que cette forme apyrétique de la broncho-pneumonie était fréquente chez le vieillard, et nous proposa de nous fournir des observations pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons choisi les plus complètes et les plus concluantes, et y avons ajouté nos observations personnelles.

Nous essaierons d'en tirer quelques conclusions, au point de vue de la marche, du diagnostic, du pronostic et du traitement de cette forme clinique de la broncho-pneumonie.

Mais nous ne voudrions pas aborder notre sujet, sans nous acquitter d'une dette de reconnaissance envers tous ceux qui nous ont guidé et éclairé de leurs conseils, pendant le cours de nos études médicales à Nantes.

Nous ne saurions trop remercier nos maîtres de l'École de Médecine et des Hôpitaux de Nantes, et en particulier Messieurs les docteurs Monnier, Heurtaux, Bonamy,

Hervouet, Raingeard, Monfort, Vignard, Bureau, de leurs excellentes leçons et de l'habileté avec laquelle ils nous ont dirigé dans nos études.

Monsieur le professeur Pérochaud a tout particulièrement droit à notre plus sincère gratitude, pour les conseils si autorisés qu'il a bien voulu nous prodiguer, pendant le semestre que nous avons passé dans son service et à l'occasion de notre thèse. Nous nous faisons un véritable plaisir de lui exprimer notre reconnaissance.

En acceptant la présidence de cette thèse, M. le professeur Hutinel nous a fait le plus grand honneur ; qu'il nous permette de l'en remercier et qu'il daigne accepter nos plus respectueux hommages.

HISTORIQUE

Les auteurs qui se sont occupés de la broncho-pneumonie, donnent le nom de subaiguë à la forme torpide de cette maladie. Il n'y a pas apyrexie absolue, comme dans la forme que nous nous proposons d'étudier ; mais la température y est peu élevée. La marche et les symptômes offrent parfois une grande analogie dans les deux types cliniques

Netter, dont nous allons résumer succinctement les travaux sur la broncho-pneumonie, distingue les formes aiguë, suffocante et subaiguë.

Dans la première, le début est brusque, le plus souvent marqué par un frisson, la respiration est brève, la toux violente ; les crachats abondants sont surtout muqueux, souvent muco-purulents, parfois striés de sang. Le malade se plaint d'une douleur dans le dos et les membres ; la peau est chaude, brûlante, l'urine chargée, rare. Le pouls modérément accéléré ne dépasse guère 110 pulsations, les exacerbations vespérales sont de règle.

La forme *suffocante* a un aspect plus inquiétant, le sujet est obligé de rester sur son séant, la respiration est brève, fréquente, la toux quinteuse. L'expectoration visqueuse est absolument privée d'air. L'auscultation fait entendre dans toute la poitrine des râles de bron-

chite. Le pouls est petit, fréquent, le visage pâle et les lèvres cyanosées. Les forces déclinent très rapidement, la respiration devient trachéale, les extrémités se refroidissent, il survient du coma dans lequel succombe le malade.

Dans les cas les plus favorables, les signes de bronchite capillaire disparaissent les premiers, ne laissant à leur suite que l'inflammation des grosses bronches.

La broncho-pneumonie apyrétique se rapproche moins des formes ci-dessus décrites, que de la forme *subaiguë* dont nous allons, avec Netter, retracer les principaux caractères ; elle complique le catarrhe chronique des bronches ; il y a augmentation progressive de la dyspnée, qui apparaît surtout à la suite de mouvements, et qui est plus marquée la nuit. Les crachats sont très épais, muqueux ou purulents, non aérés. L'expectoration est pénible et ne procure aucun soulagement, le malade ne se plaint guère, il reste tranquille dans son lit, *la fièvre est modérée*, les pommettes sont légèrement colorées. On entend, dans les deux bases, des râles sous-crépitants fins, qui s'accompagnent plus tard de respiration soufflante et du souffle bronchique. Le souffle est, au reste, fugitif, passager, il peut disparaître pour réparaître en un autre point. Il y a aussi une légère submatité. Les symptômes sont plus marqués le soir.

Cette forme se termine généralement au bout de trois semaines.

Durand Fardel (1), parlant de la broncho-pneumonie

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards.*

subaiguë, dit « que la durée de la maladie, plus longue que dans les formes aiguë et suraiguë, semble due à son retentissement médiocre sur l'organisme, et au peu d'étendue de la partie du poumon directement altérée dans ses fonctions. La broncho-pneumonie serait d'autant plus grave qu'elle s'éloignerait plus de la forme propre à la pneumonie lobaire ».

« La broncho-pneumonie subaiguë est souvent symétrique, se développant en des points identiques sur les deux poumons, surtout aux bases » (Laveran et Teissier).

Mosny (1) insiste sur la façon insidieuse dont débute la broncho-pneumonie *chez le vieillard*. « Elle reste d'habitude latente pendant toute la durée de son évolution. Un peu de gêne respiratoire, une toux fréquente et grasse, sans expectoration, une ascension thermique peu considérable et un accroissement de la vitesse des pulsations radiales, seront généralement les seuls symptômes qui attireront l'attention.

L'auscultation, dont les données sont des plus variables, pourra ne dénoter qu'un simple affaiblissement du murmure vésiculaire ; d'autres fois, fera percevoir des râles sibilants et sous-crépitants, ou même dans quelques cas dénoncera la présence de foyers limités, fugaces, d'hépatisation. Des râles crépitants fins et parfois du souffle révéleront alors leur présence ».

« Chez le vieillard, la broncho-pneumonie est fréquemment subaiguë et latente (pneumonie hypostatique). La

(1) *Broncho-pneumonie* (Bibliothèque Charcot-Debove).

dyspnée est peu marquée, *la fièvre peut manquer* ou être irrégulière ; la toux, les râles sont mis sur le compte du catarrhe, si fréquent à cet âge ; seules, la dynamique, la sécheresse de la langue et des téguments attirent l'attention » Darier (1).

(1) *Broncho-pneumonie*. Manuel de médecine Debove et Achard.

ÉVOLUTION CLINIQUE

Ainsi qu'on le voit dans l'historique, malgré les recherches que nous avons faites, nous n'avons trouvé que peu d'indications ayant trait à cette évolution de la broncho-pneumonie, chez le vieillard, qui nous a tant frappé, aussi croyons-nous devoir décrire les principaux symptômes de cette forme clinique.

Sans perdre ses caractères de maladie infectieuse à localisation broncho-pulmonaire accompagnée de toux et de dyspnée, la forme de broncho-pneumonie que nous avons l'intention d'étudier a cela de particulier qu'elle évolue *sans fièvre aucune*.

L'élévation de la température n'est, du reste, pas un symptôme constant et nécessaire de la broncho-pneumonie, et dans les affections qui s'accompagnent d'algidité, le choléra par exemple, cette complication pulmonaire éclate, sans que la marche de la température soit influencée en rien. Il en est de même des broncho-pneumonies survenant dans le cours de l'occlusion intestinale ou de la hernie étranglée.

La broncho-pneumonie apyrétique est particulière au vieillard ; on ne la rencontre pas chez l'adulte, chez qui le thermomètre atteint souvent 39°5, non plus que chez l'enfant. La température dépasse, en effet, fréquemment 40° centigrades dans le jeune âge. Parmi les malades

que nous avons observés, une seule avait 50 ans, mais paraissait plus âgée; l'artère radiale dure et moniliforme, la temporale flexueuse dénotaient chez elle l'artériosclérose. Tous les autres sujets avaient dépassé 70, quelques-uns même 80 ans.

Le pouls n'est la plupart du temps qu'à peine accéléré. Toutefois, ce type de broncho-pneumonie n'ayant été observé que chez le vieillard presque toujours artérioscléreux, le cœur est souvent atteint de myocardite. La fréquence des pulsations radiales peut alors augmenter de par les seules lésions du myocarde.

Presque toutes les observations que nous avons eues à notre disposition relataient, dans les antécédents du malade, l'emphysème pulmonaire, avec de fréquentes poussées de bronchite.

Dans aucun cas, la broncho-pneumonie n'a succédé à une maladie infectieuse : grippe, fièvre typhoïde, érysipèle, etc.; mais elle a toujours débuté par l'inflammation des grosses bronches, avec extension plus ou moins rapide aux bronches plus fines et au lobule pulmonaire.

Lorsque le malade se présente à la visite pour être admis à l'infirmerie, il n'y a le plus souvent qu'un peu de gêne respiratoire et une légère courbature. L'auscultation décèle quelques râles sibilants, rarement des râles sous-crépitaux et du souffle; ce n'est que le lendemain, parfois deux ou trois jours plus tard, que se manifesteront les signes propres à la broncho-pneumonie.

Comme nous l'avons déjà dit, la plupart des malades sont des artérioscléreux; les artères sont dures,

flexueuses, en tuyau de pipe ; chez quelques-uns, c'est à peine si l'on peut sentir battre le poulx. Le cœur présente souvent un bruit de galop, parfois un souffle systolique à la base. Il n'est pas rare de voir l'arythmie venir ajouter sa gravité à la maladie première et faire réserver le pronostic.

Les reins sont également touchés ; l'albuminurie est fréquente, elle est parfois déterminée par la poussée de broncho-pneumonie, et si elle préexistait, la quantité d'albumine augmente, les urines deviennent rares et l'urémie vient menacer les jours du malade. Si l'albumine fait défaut, la quantité minime d'urine émise et sa faible teneur en urée sont de règle.

A l'autopsie, on trouve presque toujours le petit rein contracté, rarement le gros rein blanc.

Le plus souvent, cette broncho-pneumonie revêt la forme pseudo-lobaire. Le souffle, assez fixe, ne varie pas beaucoup d'intensité d'un jour à l'autre, il ne se déplace pas comme chez l'enfant et surtout chez l'adulte.

Parfois, cependant, les foyers sont nombreux et de peu d'étendue, dissiminés dans les deux poumons ; la respiration est alors à peine soufflante, à moins que le foyer d'induration ne soit très voisin de la périphérie du poumon ; auquel cas, on peut percevoir un souffle d'intensité variable, en rapport avec l'étendue de la partie du poumon splénisée. Les râles sous-crépitaux éclatant par bouffées sont parfois le seul signe appréciable.

Dans ce cas, le diagnostic est assez hésitant au début, surtout si les lésions pulmonaires prédominent aux bases et si le cœur fait des faux pas comme il arrive souvent.

On croit d'abord à de la congestion due au mauvais fonctionnement du cœur, mais l'intensité de la dyspnée, peu en rapport avec les signes stéthoscopiques, la submatité qu'on observe en certains points, la bronchophonie et un souffle peu étendu, qui vont se manifester plus tard, lèveront tous les doutes. Si la lésion est localisée à un côté et assez peu étendue, la percussion pourra ne révéler qu'une submatité peu appréciable, l'auscultation, que quelques râles muqueux et une légère bronchophonie, mais la respiration soufflante ou un souffle à timbre tubaire ne tardera point à paraître qui empêchera de prendre une broncho-pneumonie pour une congestion due au décubitus latéral.

Les rechûtes, survenant au moment où les signes physiques et fonctionnels paraissent s'amender, ne sont pas rares, pas plus que les récidi ves, éclatant quelques semaines ou quelques mois après une première poussée. Ces poussées fréquentes, se succédant à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle, s'expliquent, du reste facilement, par la propagation de l'infection des grosses bronches, altérées de vieille date, aux bronchioles capillaires et au lobule pulmonaire. Ces différentes atteintes évoluent toutes, chez la même personne, sans élévation de la température.

La gravité du *pronostic* tient moins à la broncho-pneumonie apyrétique elle-même, qu'à l'emphysème très accentué, à l'artério-sclérose généralisée, et particulièrement à la cardio-sclérose.

La plupart de nos malades ont résisté à plusieurs atteintes; ceux qui sont morts ont presque tous suc-

combé alors que les signes stéthoscopiques avaient complètement disparu. Le mauvais état du cœur et des reins assombrit surtout le pronostic, et les poussées successives viennent diminuer de plus en plus la résistance du myocarde.

Le peu d'observations que nous avons eues à notre disposition ne nous permet pas d'établir une statistique, mais pour donner simplement une idée de la bénignité relative de cette affection, vu l'âge très avancé des sujets, nous avons relevé 5 morts, dont 2 ne présentaient plus de lésions de broncho-pneumonie à l'autopsie, sur 14 cas observés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions pulmonaires, dans les trois autopsies faites chez des sujets morts en cours de broncho-pneumonie apyrétique, étaient celles de la broncho-pneumonie en général. Nous avons été frappé de la fréquence des adhérences pleurales. La pleurésie sèche est moins rare encore que celle avec épanchement. D'après une observation personnelle, l'épanchement se résorberait du reste rapidement.

Les artères de petit calibre sont très athéromateuses, l'aorte est couverte de plaques calcaires, les valvules sont souvent insuffisantes. La myocardite est de règle.

Les reins sont siliceux, présentant parfois des kystes, le petit rein contracté est le plus fréquent, la capsule y est très adhérente. Le gros rein blanc est plus rare.

BACTÉRIOLOGIE

Nous ne pouvons pas poser en principe le résultat de trois examens de crachats qui ont seulement été faits et dont nous donnerons bientôt le détail.

Nous allons d'abord parler de l'expectoration. Elle fait le plus souvent défaut ; quand on l'observe, elle est muqueuse ou muco-purulente, parfois rouge brique ou brun chocolat.

Les crachats sont visqueux, adhérents au vase, ils ne sont pas aérés. Le malade a beaucoup de peine à expectorer et il n'est pas soulagé quand il y parvient, il demande le plus souvent « un remède pour le faire cracher ».

Dans le premier examen bactériologique fait en 1897, on a trouvé du streptocoque, du tétragène et un bacille qui semble être celui de l'influenza. Une souris injectée avec un centimètre cube d'une solution de crachats dans du bouillon résiste à l'inoculation et ne meurt pas.

Le second examen fait par le D^r Monnier et extrait de la thèse de Sainz donne du pneumo-bacille de Friedlander et le bacterium termo.

Dans le troisième, fait avec l'aide de notre ami M. Sabot, interne des hôpitaux de Nantes, ex-préparateur de bactériologie à l'Ecole de Nantes, nous avons trouvé du

pneumo-bacille de Friedlander, du pneumocoque et de nombreuses levûres.

Dans ces deux derniers examens, le pneumo-bacille de Friedlander est associé à d'autres micro-organismes. La bénignité de cette forme apyrétique serait peut-être due à l'association du pneumo-bacille de Friedlander au pneumocoque ou à un autre germe pathogène, ce qui viendrait confirmer les assertions du D^r Monnier. D'après lui, en effet, le pronostic, qui serait très grave dans les broncho-pneumonies à pneumo-bacille, quand il est seul, deviendrait bénin quand il est associé.

TRAITEMENT

Le traitement de cette forme apyrétique de la broncho-pneumonie chez le vieillard n'a rien de particulier ; M. le professeur Pérochaud, frappé des bons résultats que donnaient chez les enfants les enveloppements dans le drap mouillé ou les bains, pensa que cette méthode serait également applicable au vieillard. Notre maître essaya d'abord timidement, vu le grand âge et le mauvais état du cœur, la compresse de Priessnitz laissée environ deux heures matin et soir chez les sujets les plus robustes et les moins âgés.

Bientôt, tous les malades bénéficièrent de ce traitement, et chez bon nombre on remplaça la compresse de Priessnitz par le drap mouillé appliqué deux heures, trois fois par jour. La compresse de Priessnitz et le drap mouillé, employés depuis longtemps déjà par notre maître paraissent avoir une heureuse influence sur la durée de la maladie, qui, au lieu de huit jours à trois semaines, d'après les auteurs, n'a demandé, dans la plupart des cas, que cinq à dix jours pour arriver à la guérison.

Les signes stéthoscopiques s'amendent rapidement dès les premiers enveloppements, la dyspnée et la toux diminuent également. Le benzoate de soude, l'acétate d'ammoniaque, l'alcool, la caféine et la digitaline quand il y a de l'œdème et menace d'asystolie, viennent compléter le traitement,

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie en mars 1896, dans le service du Dr PÉROCHAUD.

Femme O..., 87 ans.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure, n'a cessé de travailler qu'à 85 ans, et est alors entrée à l'hospice Saint-Jacques.

La malade toussait légèrement depuis une quinzaine, lorsqu'elle est prise d'oppression et entre à l'infirmerie le 8 mars.

8 mars. — L'état général est très mauvais, la dyspnée intense, les lèvres cyanosées, température du soir 36°5.

9 mars. — Les urines diluées de moitié donnent une quantité d'albumine telle qu'elle dépasse l'U du tube d'Esbach, environ 20 gr. par litre.

La percussion dénote de la matité à la base des deux poumons, mais surtout à gauche.

A l'auscultation, on trouve un souffle assez intense dans toute la partie inférieure du poumon gauche et de nombreux râles sous-crépitants, la bronchophonie est très accentuée; dans tout le reste du poumon, le murmure vésiculaire est affaibli.

A droite, on ne perçoit que quelques râles sous-crépitants à la base, des sibilants dans la partie supérieure, l'expiration y est très prolongée.

Le cœur est très affaibli, les battements sont sourds, précipités, irréguliers, le pouls petit, dépressible, mal frappé.

L'œdème, très intense, dépasse la racine des membres inférieurs, il forme des bourrelets au niveau des fausses côtes.

Température : matin 36°4, soir 36°9.

Traitement : régime lacté, infusions de 0,50 centig. de feuilles de digitale, application de la compresse de Priessnitz pendant deux heures, trois fois dans la journée.

10 mars. — La malade urinant sous elle, on ne peut évaluer la quantité d'urine émise. Au tube d'Esbach, l'urine diluée de trois fois son volume d'eau donne encore 12 gr. d'albumine par litre.

L'état général s'est sensiblement amélioré, la malade est moins asphyxiante, l'état du cœur est le même, l'œdème a peu diminué.

Les signes thoraciques ont un peu varié. A gauche, le souffle est très intense, son timbre est tubaire. la matité, le retentissement de la toux et de la voix, et l'exagération des vibrations thoraciques persistent.

A droite, les sous-crépitations de la base ont disparu, mais on trouve par contre un épanchement pleural, avec abolition du murmure vésiculaire, matité absolue, œgophonie. Dans le reste du poumon, respiration supplémentaire.

Température : matin 36°2, soir 36°4.

Même traitement.

11 mars. — A gauche, léger épanchement; les signes stéthoscopiques sont un peu voilés.

A droite, la quantité du liquide pleural a sensiblement diminué, on entend de nouveau des râles sous-crépitations dans toute l'étendue du poumon.

L'expectoration, qui faisait défaut les jours précédents, est légèrement orangée, visqueuse, non aérée, adhérente au vase.

Température : matin 37°, soir 36°8.

Même traitement.

12 mars. — Mêmes signes stéthoscopiques, l'hydrothorax et l'œdème diminuent. l'urine ne contient plus que 6 gr. d'albumine par litre.

L'arythmie et la dyspnée sont plus marquées, les crachats sont striés de sang.

Température maxima, 36°7.

On supprime l'infusion de feuilles de digitale, qu'on remplace par deux injections de caféine de 0,40 centigr. l'une ; on continue la compresse mouillée.

13 mars. — La dyspnée a diminué, le cœur est plus régulier, les signes stéthoscopiques du côté du poumon s'amendent.

Température : matin 36°6, soir 36°8

Même traitement.

14 mars. — L'œdème diminue sensiblement, l'épanchement pleural a disparu des deux côtés, le souffle, la bronchophonie, l'exagération des vibrations et la matité sont moins nets à la base gauche.

Température maxima, 36°4.

16 mars. — Les signes physiques de la broncho-pneumonie sont à peine perceptibles, masqués par un léger épanchement reparu aux deux bases.

Température maxima, 37°2.

Même traitement, on ajoute 2 gr. de théobromine en 4 doses.

18 mars. — On a supprimé, le 17, l'enveloppement mouillé ; le souffle, la matité et la bronchophonie sont plus marqués que les jours précédents, on réapplique la compresse mouillée.

Température maxima, 36°8.

Même traitement.

19 mars. — L'atténuation des signes physiques et fonctionnels de la broncho-pneumonie a suivi l'enveloppement mouillé.

Température : matin 36°6, soir 37°.

21 mars. — Les signes stéthoscopiques disparaissent progressivement.

Température maxima, 36°7.

24 mars. — On ne trouve plus aucun signe de la broncho-pneumonie, mais la respiration reste obscure aux deux bases.

L'urine ne contient plus que des traces d'albumine, mais les battements du cœur sont toujours sourds et irréguliers, la malade est très abattue.

Température maxima, 36°2.

On cesse l'enveloppement mouillé.

26 mars. — La malade est dans le coma, pas de température.

27 mars. — La malade meurt le soir.

Autopsie. — Épanchement dans les deux plèvres, pas d'adhérences ; les poumons sont très congestionnés, mais ne présentent aucun foyer d'induration.

Cœur : athérome de l'aorte, plaques d'induration à la valvule mitrale ; l'artère pulmonaire est insuffisante.

Reins petits, rouges ; la capsule très adhérente recouvre de nombreux petits kystes qu'on trouve également dans le parenchyme rénal.

Foie. Il revêt le type du foie cardiaque.

L'examen bactériologique des crachats a montré du streptocoque, du tétragène et un bacille qui semble être celui de l'influenza.

Une souris inoculée avec un centimètre cube d'une solution de crachats dans du bouillon résiste.

OBSERVATION II (Personnelle).

Recueillie dans le service du Dr PÉROCHAUD.

Femme R..., 79 ans, entrée à l'infirmerie le 31 mai 1899.

Antécédents héréditaires. — Nuls

Antécédents personnels. — Emphysème ancien qui l'a forcée d'entrer déjà 3 ou 4 fois à l'infirmerie pour bronchite.

31 mai. — Urine acide, pas d'albumine, densité 1017, urée 21 gr. 479, quantité émise par 24 h. 1500 gr.

L'examen du thorax décèle, dans les deux poumons, l'exagération de la sonorité, la diminution des vibrations thoraciques, quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

Cœur : dédoublement du second bruit, pas d'arythmie, poulx bien frappé, foie normal, pas de température.

Traitement : benzoate de soude 4 gr. dans un julep gommeux.

3 juin. — Rien ne s'est modifié jusqu'à ce jour où apparaissent de nombreux râles ronflants dans les deux poumons.

Le facies est cyanosé, le poulx irrégulier, la température n'a pas dépassé la normale.

Traitement : deux injections de caféine de 0,40 centigr. l'une.

4 juin. — Le faciès est meilleur que le jour précédent, mais la quantité d'urine émise a diminué, 1/2 litre en 24 h.

Le foie déborde les fausses côtes de 3 centimètres.

7 juin. — Les râles de bronchite persistent, on trouve en outre un foyer de broncho-pneumonie dans le lobe inférieur droit. Le souffle n'est pas très intense, mais la matité, la bronchophonie et l'exagération des vibrations thoraciques sont très marquées. La dyspnée est intense, le cœur fait cependant moins de faux pas.

Température : matin 37°2, soir, 36°4.

Traitement : on continue la caféine et on fait l'enveloppement dans le drap mouillé.

8 juin. — Le souffle a nettement le timbre tubaire, les râles sous-crépitants sont nombreux, les autres signes n'ont pas varié. L'expectoration est nulle. Les bruits du cœur sont masqués par le bruit de tempête thoracique.

Température : matin 38°6, soir 36°8.

On continue le même traitement.

9 juin. — Le souffle diminue d'intensité, la matité est moins appréciable, la bronchophonie et l'exagération des vibrations thoraciques s'atténuent, les râles sont plus humides.

La quantité d'urine semble augmenter, mais la malade urine sous elle.

Température maxima, soir 37°.

4^{er} juin. — Rien de notablement changé, la malade ne crache pas du tout.

Température : 36°4 matin, 36°6 le soir.

On continue le même traitement.

11 juin. — Les signes stéthoscopiques vont toujours en s'amençant, le souffle et quelques râles sous-crépitants persistent seuls, la matité, la bronchophonie ont disparu, la dyspnée est nulle.

Température maxima, 36°6.

Même traitement.

12 juin. — On ne trouve plus que des signes d'emphysème pur.

L'arythmie a disparu.

L'urine est abondante.

On cesse tout traitement et on permet les œufs.

1^{er} juillet. — La malade se porte bien jusqu'à ce jour où elle présente de la paralysie faciale et devient gâteuse. Elle meurt dans le coma dans la nuit à la suite d'une seconde poussée d'hémorragie cérébrale.

On a plusieurs fois pris la température dans les jours qui ont précédé la mort, elle n'a pas dépassé 37°.

L'auscultation pratiquée quelques heures avant la mort ne décelait que la diminution du murmure vésiculaire.

Autopsie. — Poumon droit : congestion à la base, foyers assez nombreux mais très limités de splénisation, adhérences pleurales, pas de liquide dans la plèvre.

Le poumon gauche est moins congestionné, il présente cependant quelques petits noyaux d'induration dans son lobe inférieur.

Cœur : valvules sigmoïdes de l'aorte insuffisantes, plaques d'athérome très épaisses au-dessus des valvules, pas de dilatation ni d'hypertrophie.

Foie normal.

Reins petits, la capsule est très adhérente, surtout pour le gauche qui ne pèse que 70 gr.

Rate : périsplénite très accentuée, la capsule semblable à une coque calcaire a environ un millimètre d'épaisseur. Le parenchyme splénique s'écoule sous forme d'une boue noirâtre à l'ouverture de la capsule

OBSERVATION III

Recueillie dans le service du Dr PÉROCHAUD.

Jeanne B..., 73 ans, lingère, entrée le 25 décembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Antécédents personnels. — Emphysémateuse depuis longtemps, la malade n'a jamais été obligée d'interrompre ses occupations.

Elle se plaint de courbatures, n'a pas de fièvre, et présente à l'auscultation quelques râles sibilants et ronflants.

Le cœur est régulier, mais présente un dédoublement du premier bruit à la pointe.

30 décembre. — Rien n'avait changé depuis le 25, lorsqu'à la visite du matin, la dyspnée a attiré l'attention du médecin.

La percussion du thorax donne de l'exagération de la sonorité dans toute l'étendue des deux poumons, sauf à la base gauche où on trouve de la matité et de l'exagération des vibrations thoraciques.

L'auscultation y fait entendre un souffle assez intense, de la bronchophonie et quelques râles sous-crépitaux éclatant par bouffées.

Dans les autres parties des deux poumons, des râles sibilants.

Les jambes sont enflées.

Température maxima, 36°8.

Traitement. — 12 ventouses le matin, potion avec 1 milligr. de digitaline cristallisée, à prendre dans les 24 heures, compresses mouillées le soir.

31 décembre. — Les signes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes, les battements du cœur sont réguliers, la dyspnée a sensiblement diminué.

Température : matin 36°4, soir 36°8.

Traitement : compresses mouillées, on remplace la potion à la digitaline par une potion alcoolique contenant 4 gr. d'acétate d'ammoniaque.

1^{er} janvier. — Les signes physiques et fonctionnels s'amendent, les râles sont plus franchement muqueux, la bronchophonie n'est qu'à peine perceptible.

Température : matin 36°8, soir 37°4.

Même traitement.

2 janvier. — Les signes stéthoscopiques vont toujours en s'atténuant, l'état général s'améliore également.

Température : matin 36°6, soir 37°.

Même traitement.

3 janvier. — Il ne reste plus des signes de la broncho-pneumonie que quelques râles muqueux à la base gauche.

Température maxima, 36°7.

On cesse le drap mouillé, la malade ne prend plus qu'une potion de Todd.

10 janvier. — Depuis le 3, les râles muqueux ont disparu peu à peu, l'état général est bon, la malade quitte l'infirmerie.

10 mars. — La malade entre à nouveau à l'infirmerie. Elle présente une dyspnée intense.

La percussion du thorax ne révèle rien d'extraordinaire, l'auscultation fait percevoir de nombreux râles sous-crépitants aux deux bases, pas de souffle, pas de bronchophonie.

Le cœur est irrégulier, le pouls mal frappé.

Température : 37°.

Traitement : deux injections de caféine de 0,40 centigr. l'une, ventouses scarifiées aux deux bases.

La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Poumons : emphysème des lobes supérieurs, congestion des lobes inférieurs, avec de petits foyers disséminés de broncho-pneumonie. A gauche, adhérences nombreuses à la paroi thoracique, répondant au foyer de broncho-pneumonie ancien.

Cœur : athérome des coronaires et de l'aorte, pas d'insuffisance valvulaire.

Foie petit, siliceux, criant sous le scalpel, dilatation des voies biliaires.

Rate petite, périsplénite intense, la pulpe est à l'état de bouillie splénique.

Reins : gauche polykystique, droit petit, rouge, siliceux.

OBSERVATION IV

Empruntée à la thèse du Dr SAÏNZ, fournie par le Dr MONNIER.

L..., 75 ans, cordonnier, entré à l'infirmerie des hommes le 7 janvier 1895.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Antécédents personnels. — A l'âge de 15 ans, scarlatine ; à 20 ans, syphilis, broncho-pneumonie avec albuminurie à 74 ans.

7 janvier. — La dyspnée est intense, l'abattement très prononcé, les lèvres sont cyanosées, le décubitus impossible, les jambes présentent un œdème considérable.

L'expectoration, peu abondante, se compose de crachats épais et purulents.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. L'oreille, appliquée sur la région thoracique, permet d'entendre un véritable bruit de tempête, au milieu duquel prédominent surtout aux bases des râles fins, éclatant par bouffées.

Traces d'albumine dans les urines.

Prescription : régime lacté, teinture de kola en solution, révulsions térébenthinées sur le thorax.

11 janvier. — L'œdème des jambes persiste, quoique moins accentué.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes.

Le caractère de l'expectoration a changé, ce sont bien encore comme les jours précédents des crachats épais, mais leur coloration est plus franchement purulente.

Même prescription.

Température maxima, 36°9.

12 janvier. — Les signes stéthoscopiques sont les mêmes que le jour précédent, râles fins disséminés dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire; les crachats ont une teinte plus foncée, la plupart présentent une teinte café au lait, quelques-uns une teinte chocolat.

Température m. 37°, soir température m., 37°3.

L'état général est très mauvais.

13 janvier. — Température m. 36°7. Température m. soir 37°.

14 janvier. — Les crachats ont une teinte chocolat, ils sont très adhérents, température matin 36°5, température m. soir 36°6.

15 janvier. — Température matin 36°3. Le malade meurt dans l'après-midi.

L'autopsie, dont le docteur Sainz ne donne qu'un rapide résumé, a révélé des lésions non douteuses de broncho-pneumonie et de cirrhose rénale épithéliale.

Expérimentation. — Grâce à la méthode des plaques et à l'inoculation des crachats à la souris, on est parvenu à isoler par la première, le *bacterium termo*, et par la seconde, le pneumo-bacille de Friedlander.

OBSERVATION V

Recueillie dans le service du Dr PÉROCHAUD.

Joséphine P..., 50 ans, entrée le 14 mai 1897.

Antécédents héréditaires. — Négatifs. •

Antécédents personnels. — Jamais de maladie antérieure.

14 mai. — La malade est déjà très souffrante depuis plusieurs jours.

L'examen des urines n'offre rien de particulier.

La dyspnée, assez intense, attire l'attention du côté du thorax.

La percussion décele une légère matité à la partie moyenne du poumon gauche.

L'auscultation fait percevoir un souffle peu intense, une légère bronchophonie et un foyer très limité de râles sous-crépitaux éclatant par bouffées.

Dans toute l'étendue des poumons, on entend des râles sonores.

Le cœur est normal. Les artères radiale et temporale sont très dures et flexueuses.

Température : matin 37°4, soir 37°.

Traitement : compresse de Priessnitz, potion alcoolique avec benzoate de soude 4 gr.

15 mai. — Les signes stéthoscopiques sont les mêmes que le jour précédent.

Température : matin 36°6, soir 36°8.

Même traitement.

16 mai. — Le souffle et les râles sont singulièrement diminués, l'expiration est cependant nettement soufflante à gauche, la bronchophonie est à peine perceptible.

Température maxima, 36,8.

Même traitement.

17 mai — Le souffle a totalement disparu, la dyspnée est à peine notable, on ne perçoit plus à l'auscultation que quelques râles sous-crépitaux.

Température : matin 36°8, soir 36°4.

On cesse tout traitement.

18 mai. — La respiration est normale, l'état général excellent, la malade se lève l'après-midi et demande à sortir.

22 mai. — La malade quitte l'infirmierie complètement guérie.

• OBSERVATION VI

Jeanne A..., 81 ans, entrée le 31 janvier 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite chronique.

Antécédents personnels. — Emphysème ancien, avec poussées fréquentes de bronchite.

31 janvier. — L'oppression est violente.

La percussion du thorax donne de la matité à la base du poumon droit. Les vibrations thoraciques sont exagérées.

A l'auscultation, on trouve le murmure vésiculaire presque complètement aboli à droite. A la base, on perçoit un souffle tubaire très accentué, la voix a le timbre bronchique. De gros râles muqueux, presque ronflants, sont disséminés dans les deux poumons sans prédominance à droite.

Les crachats sont visqueux, striés de sang.

Cœur : le second bruit est légèrement dédoublé à la pointe.

Les jambes sont enflées.

L'urine contient 3 gr. d'albumine par litre.

Température : matin 36°4 soir 36°8.

Traitement : drap mouillé, potion avec digitaline 1 milligr.

1^{er} février. — La dyspnée est moins intense, le souffle est moins rude, occupe le lobe moyen du poumon droit et non le lobe inférieur comme le jour précédent. Les râles sont aussi nombreux dans les deux poumons.

Température : matin 37° soir 36°8.

Même traitement, moins la potion à la digitaline.

2 février. — La matité a disparu, la respiration est à peine soufflante, on n'entend que des râles sonores surtout à droite.

Température maxima, 36°6.

On supprime le drap mouillé et on donne une potion de Todd.

4 février. — Tous les signes physiques et fonctionnels de la broncho-pneumonie se sont dissipés. La respiration est normale.

L'urine ne contient plus que des traces d'albumine.

La malade tient absolument à quitter l'infirmerie et sort guérie l'après-midi.

OBSERVATION VII

Recueillie dans le service du Dr PÉROCHAUD

Louise B..., 73 ans, entrée le 14 décembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Antécédents personnels. — La malade est emphysémateuse, elle est entrée à plusieurs reprises à l'infirmerie pour bronchite.

Le 14 décembre. — L'examen du thorax donne de l'emphysème avec nombreux râles de bronchite, pas de râles fins.

La dyspnée est cependant très intense.

Les crachats verdâtres, striés de sang.

La malade se plaint d'un point de côté dans l'aisselle gauche.

Température : soir 36°2.

Traitement : six ventouses sèches.

15 décembre. — La malade est toujours très essouffée.

L'auscultation relève un foyer de broncho-pneumonie à la partie inférieure du lobe supérieur gauche.

Les crachats sont rares et visqueux, striés de sang.

La jambe gauche seule est enflée.

L'urine contient des traces d'albumine.

Température : matin 37°2, soir 36°6.

Traitement : drap mouillé, potion gommeuse avec 4 gr. d'acétate d'ammoniaque.

16 décembre. — Mêmes signes, le point de côté a disparu, la dyspnée est moins intense.

Température : matin 36°4, soir 36°6.

Même traitement.

17 décembre. — Le souffle est moins rude, les râles plus franchement muqueux, la matité moins franche, la bronchophonie a disparu.

Température maxima, 36°8.

Même traitement.

18 décembre. — Le mieux s'accroît, le souffle est presque imperceptible, les crachats ne sont plus striés de sang, les râles diminuent.

Température maxima, 36°4.

Même traitement.

19 décembre. — Les râles muqueux seuls persistent avec quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

Température : matin 36°8, soir 37°2.

On cesse l'enveloppement mouillé.

20 décembre. — La malade est complètement guérie et demande à se lever.

26 décembre. — La malade présente un foyer de broncho-pneumonie dans le lobe inférieur gauche, pas tout à fait à la base.

Température du soir, 37°2.

Traitement : drap mouillé, potion de Todd, 2 injections de caféine de 0,40 centigr. l'une.

27 décembre. — Les signes stéthoscopiques sont bien moins nets que le jour précédent.

La dyspnée est moins intense.

Température maxima, 36°4.

Même traitement.

28 décembre. — Le souffle très voilé ne s'entend plus qu'à la fin des fortes inspirations et pendant la toux.

Les crachats sont couleur café au lait.

La dyspnée est à peine marquée.

Température maxima, 36°8.

Même traitement.

29 décembre. — Tous les signes ont disparu, à peine entend-on quelques râles muqueux aux deux bases.

30 décembre. — La respiration est normale ; la malade sort guérie quatre jours tard.

OBSERVATION VIII. (Personnelle).

Virginie B..., 74 ans, entrée le 18 octobre 1899.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 35 ans, influenza à 65 ans.

Entrée à l'infirmerie pour diarrhée, qui cède au régime lacté après un purgatif, la malade se dispose à sortir le 25 dans l'après-midi, lorsqu'elle est prise d'un point de côté.

25 octobre. — La dyspnée est intense ; la toux quinteuse et fréquente, la malade n'expectore pas.

La percussion dénote une légère submatité à droite.

Le murmure vésiculaire est obscur dans tout le poumon droit ; les inspirations très peu espacées ne sont pas profondes.

On entend des bouffées de râles sous-crépitants assez fins à la base droite.

A gauche, on ne perçoit que quelques râles muqueux à l'extrême base.

Température : soir 37°6.

Traitement : compresse de Priessnitz ; potion alcoolique au benzoate de soude.

26 octobre. — La dyspnée et le point de côté sont aussi violents.

La toux est toujours quinteuse et fatigue énormément la malade.

Les pommettes sont fortement colorées, surtout la droite.

La percussion dénote une matité intense à la base droite.

Les vibrations sont diminuées à l'extrême base, augmentées un peu plus haut.

A l'auscultation, on perçoit un souffle assez intense à timbre

tubaire, ainsi que de l'œgophonie et de la pectoriloquie aphone. De nombreux râles sous-crépitaux éclatent par bouffées.

A gauche, les quelques râles muqueux ont disparu.

Température : matin 37°, soir 37°2.

Même traitement, auquel on ajoute 3 gr. de salicylate de soude en 3 doses.

27 octobre. — La dyspnée est moins intense.

Le niveau du liquide pleural a baissé.

Le souffle et les râles ont toujours les mêmes caractères.

La malade a été prise de délire le jour précédent, on ne peut la tenir au lit.

L'expectoration, qui faisait défaut les jours précédents, est très abondante.

On fait l'examen bactériologique.

Température : matin 36°4, soir 37°.

Même traitement, et on injecte 2 cc. d'une solution de morphine.

28 octobre. — Le délire continue.

La malade urine abondamment et l'urine ne contient pas d'albumine.

L'épanchement diminue de plus en plus.

Les signes de la broncho-pneumonie n'ont pas sensiblement changé.

Température : matin 36°6, soir 36°8.

Même traitement.

29 octobre. — Le souffle a singulièrement diminué d'intensité ; l'œgophonie a disparu, la matité fait place à de la submatité.

A peine entend-on quelques râles sous-crépitaux à la base.

Température : matin 37°, soir 36°6.

30 octobre. — La guérison est complète, aucun signe physique ni fonctionnel ne révèle la trace de la broncho-pneumonie.

Seul le murmure vésiculaire reste affaibli à la base, mais la matité et l'œgophonie n'existent plus, pas de frottements.

Température : matin 36°8, soir 37°2.

On cesse tout traitement.

L'examen bactériologique donne du pneumocoque, du pneumobacille de Friedlander et de nombreuses levûres.

OBSERVATION IX

Recueillie dans le service du Dr PÉROCHAUD

Marie-Louise H..., 73 ans, entre le 19 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de bronchite chronique à 72 ans, père mort à 77 ans.

Antécédents personnels. — Pneumonie vers 50 ans, emphysème depuis l'âge de 60 ans environ.

Depuis la date de son hospitalisation à l'asile, il y a 22 mois, elle est entrée déjà deux fois à l'infirmerie pour broncho-pneumonie. Aux deux reprises, la température n'a pas dépassé la normale, mais l'asystolie est venue compliquer les accidents pulmonaires.

La durée de la première atteinte fut de 6 jours, la seconde guérit au bout de 5 jours seulement. [La compresse de Priessnitz a été employée dans les deux poussées.

Nous l'observons pour la troisième fois le 19 mars.

19 mars. — L'auscultation décèle de nombreux râles de bronchite masquant les bruits du cœur.

Le pouls est irrégulier et inégal.

La face est cyanosée.

Température, 36°8.

Traitement : potion avec 4 gr. de benzoate de soude et 1 gr. de caféine.

23 mars. — Aux râles sonores des jours précédents viennent s'ajouter des râles fins, éclatant par bouffées et disséminés dans les deux poumons, la respiration est légèrement soufflante en plusieurs points.

La sonorité est exagérée dans tout le thorax.

Température : matin 37° soir 36°8.

Traitement : compresse de Priessnitz, injections de caféine, 0,80 centigr. en deux fois.

24 mars. — Mêmes signes physiques, la dyspnée est intense.

L'expectoration est assez abondante. Les crachats visqueux et non aérés sont de couleur café au lait.

Le pouls est petit et inégal, intermittent.

Température maxima, soir 37°2.

Même traitement.

25 mars. — La dyspnée est un peu moins intense, les râles fins diminuent.

Le pouls est toujours aussi régulier.

Température : matin 37° soir 36°4.

Même traitement.

26 mars. — La respiration n'est plus soufflante, les râles fins ont disparu.

Les râles sonores sont toujours aussi nombreux.

Le pouls est filiforme.

Température : matin 36°4, soir 36°6.

On cesse la compresse de Priessnitz et on prescrit une potion avec 4 milligr. de digitaline cristallisée.

27 mars. — L'état des poumons n'a pas varié, la bronchite persiste ; on ne trouve plus les signes de broncho-pneumonie.

Le pouls est un peu moins faible, mais toujours aussi irrégulier.

Température maxima, 36°8.

On ne donne à la malade que deux injections de caféine pour tout traitement.

Mêmes signes du côté des poumons et du cœur.

Température maxima, 36°6.

Même traitement.

1^{er} avril. — La malade meurt du fait de la bronchite et du mauvais fonctionnement de son cœur.

L'autopsie est faite le 2 avril.

A l'ouverture du thorax, les deux poumons très emphysémateux s'échappent en partie de la cage thoracique, pas de broncho-pneumonie, congestion des deux bases.

Le cœur présente de l'hypertrophie de toutes ses cavités, la valvule mitrale est insuffisante. L'aorte athéromateuse.

Les reins sont petits, rouges, présentent de l'adhérence des capsules.

CONCLUSIONS

1. La broncho-pneumonie chez le vieillard est très souvent apyrétique.

2. La plupart des sujets atteints sont des emphyseux, ayant souffert d'une ou plusieurs bronchites.

3. L'artério-sclérose généralisée a été relevée dans presque toutes les observations. C'est de ce fait que se produit l'insuffisance fonctionnelle du cœur ou du rein, ou des deux organes.

4. Cette forme de broncho-pneumonie revêt le plus souvent la forme pseudo-lobaire.

5. Les récidives à échéance plus ou moins brève sont fréquentes, dues qu'elles sont à l'altération permanente des grosses bronches, qui propagent l'infection.

6. L'expectoration fait le plus souvent défaut ; quand elle existe, les crachats sont ordinairement visqueux, muqueux ou muco-purulents, parfois striés de sang, ou de couleur café au lait ou brun chocolat.

7. La plèvre est souvent le siège d'inflammation, mais il est rare que l'épanchement soit abondant.

8. Le diagnostic de ce type clinique est parfois difficile au début, ou pendant toute la durée de la maladie, surtout si les foyers d'induration sont peu étendus et disséminés.

9. Le pronostic n'en est très grave, malgré l'âge

avancé des sujets, qu'à cause de la sclérose de tous les viscères.

10. L'anatomie pathologique n'a rien de spécial. Les lésions sont celles de la broncho-pneumonie en général.

11. La bactériologie, faite dans un petit nombre de cas, a donné deux fois sur trois le pneumo-bacille de Friedlander associé.

12. Le drap mouillé ou la compresse de Priessnitz paraissent être le traitement de choix. La durée de la maladie est abrégée et la guérison est fréquente.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,
HUTINEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Durand-Fardel.** — Traité clinique et pratique des maladies des vieillards.
- Charcot, Debove et Brissaud.** — Traité de Médecine.
- Mosny.** — Broncho-pneumonie, bibliothèque Charcot-Debove.
- Sainz.** — Thèse de Paris, 1895.
- Debove et Achard.** — Manuel de Médecine.
- Laveran et Teissier.** — Manuel de Médecine.
- Fischer et Lévy.** — *Archives générales de médecine*, 1892.
- Dubreuil.** — Thèse de Paris, 1885.
- Dieulafoy.** — Manuel de pathologie interne.

